

Überregionales Kompetenznetz Osteoporose Ulm/ Neu-Ulm e.V.

Überregionales Kompetenznetz
Osteoporose Ulm/ Neu-Ulm e.V.
c/o
Priv. Doz. Dr. med. Burkhard Manfras
Münsterplatz 6
89073 Ulm

Wird vom Verein ausgefüllt

Eingangstempel

1. Bürge:

2. Bürge:

Antrag
bearbeitet von

am

bewilligt von

am



Überregionales
Kompetenznetz Osteoporose
Ulm/Neu-Ulm

Antrag auf ordentliche Mitgliedschaft

A. Angaben zum Mitglied:

Herr/ Frau	Titel/ akademischer Grad
Name	Vorname
Geburtstag	Mitgliedsnummer (wird vom Verein ausgefüllt)

<u>Privatanschrift</u>	<u>Geschäfts-/ Praxisanschrift</u>
Adresszusatz	Praxis-/ Klinikname
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Fon	Fon
Fax	Fax
Mail	Mail
Mobil	Homepage
Bitte verwenden Sie als Postanschrift meine	<input type="radio"/> Privatanschrift <input type="radio"/> Tätigkeitsanschrift

B. Angaben für Angehörige der Heilberufe:

I. Tätigkeitsdaten

Ich bin tätig als (Bezeichnungen beziehen sich auf beide Geschlechter): <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt <input type="checkbox"/> In Klinik angestellter Arzt <input type="checkbox"/> Student der Humanmedizin
--

II. Weitere Daten zur Approbation/ Weiterbildung/ Gebietsbezeichnung

<u>Approbation/ Weiterbildung</u>	<u>Gebietsbezeichnungen/ Zertifikate</u>
Erhalt der Approbation im Jahr:	Fachgebiet
Weiterbildungsermächtigung für:	Osteologie (DVO):

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meinen Antrag auf Mitgliedschaft zum Überregionalen Kompetenznetz für Osteoporose Ulm/ Neu-Ulm e.V.

Ich stimme dem Eintrag und der Veröffentlichung meines Namens und meiner Tätigkeitsanschrift auf der offiziellen Internetpräsenz des Vereines für eine bessere Kontaktaufnahme der Patienten zu.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Hinweise:

Durch seine/ ihre Unterschrift erklärt der Antragsteller/ die Antragstellerin, seinen/ ihren Antrag auf Mitgliedschaft und verpflichtet sich zur Einhaltung der Satzung und Ordnungen, insbesondere zur fristgerechten Zahlung des Vereinsbeitrages und Unterstützung der Vereinsziele.

Einzugstermine – Wiederkehrende Zahlungen:

Einzug jährlich: 02. Januar

Fällt der genannte Zahltag nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauf folgenden Bankarbeitstag.

Mitgliedbeitrag jährlich ordentliches Mitglied: 50,00 Euro

Mitgliedbeitrag jährlich ordentliches Mitglied (ermäßigt): 25,00 Euro

Einmalige Aufnahmegebühr: 15,00 Euro

Datenspeicherung:

Das Mitglied und der Zahlungspflichtige sind damit einverstanden, dass ihre Daten für Vereinszwecke per EDV gespeichert werden. Der Verein wird die Daten ausschließlich im Rahmen der Vereinsverwaltung verwenden und nicht an Dritte weitergeben.

Bankverbindung:

Bank: **Sparkasse Neu-Ulm - Illertissen**

IBAN: **DE49 7305 0000 0441 5614 79**

BIC: **BYLADEM1NUL**

Ansprechpartner:

1. Vorsitzender: **Dr. med. Gerd Wieja, Magirus-Deutz-Straße 18, 89077 Ulm***

2. Vorsitzender: **Priv. Doz. Dr. med. Burkhard Manfras, Münsterplatz 6, 89073 Ulm***

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren - Wiederkehrende Zahlung

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Überregionales Kompetenznetz Osteoporose Ulm/ Neu-Ulm e.V.

c/o
Priv. Doz. Dr. med. Burkhard Manfras
Münsterplatz 6
89073 Ulm

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE50ZZZ00001917923

Mandatsreferenz-Nr.
WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich/Wir ermächtige(n) das Überregionale Kompetenznetz Osteoporose Ulm/ Neu-Ulm e.V., alle anfallenden Beiträge und Gebühren von meinem/unsere(n) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Überregionalen Kompetenznetz Osteoporose e.V., auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Für entsprechende Deckung werde ich Sorge tragen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unsere(m) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Diese Erklärung gilt solange sie nicht gegenüber dem Überregionalen Kompetenznetz Osteoporose e.V. schriftlich widerrufen wird.

Angaben Kontoinhaber:

<u>Name</u>	<u>Vorname</u>
<u>Straße, Hausnummer</u>	<u>PLZ, Ort</u>

IBAN DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC _ _ _ _ _ _ | _ _

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift

(alle Informationen notwendig. Bei fehlenden Angaben wird der Antrag bis zur Vollständigkeit zurückgewiesen)

* **Tätigkeitsanschrift**